145

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mlle Yvonne DUMONT

SUR

Quelques Complications oculo-orbitaires

DES ETHMOÏDITES

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIÈRE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

AU SOUVENIR DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MON FIANCÉ

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur DE LAPERSONNE

SUR QUELQUES COMPLICATIONS

oculo-orbitaires

DES ETHMOÏDITES

INTRODUCTION

L'obscurité règne encore sur l'étude des sinusites ethmoïdales et de leurs manifestations oculo-orbitaires pour plusieurs causes :

1° La multiplicité des cellules osseuses ;

2° Les communications variées avec les autres sinus. Le labyrinthe ethmoïdal est en effet le carrefour des cavités pneumatiques de la face ;

3° La difficulté d'exploration du sinus ethmoïdal par la voie nasale, de sorte que beaucoup d'ethmoïdites ont été confondues avec des coryzas rebelles. Pourtant une affection localisée aux sinus ethmoïdaux est possible et elle est toujours d'origine nasale.

Il nous a semblé utile de réunir dans ce travail les différentes notions vers lesquelles nos maîtres ont bien voulu nous orienter.

Dans les pages qui vont suivre, après avoir rap-

pelé quelques notions générales d'anatomie, nous parlerons des principales complications oculo-orbitaires. Nous y joindrons quelques observations intéressantes que mes maîtres : M. le professeur de Lapersonne et M. le Dr Morax ont bien voulu me permettre de publier ici. Enfin nous parlerons brièvement du traitement.

NOTIONS D'ANATOMIE

Le labyrinthe ethmoïdal est constitué par des cellules osseuses ou bulles de dimensions, de forme, de nombre variables. Il doit être considéré comme le carrefour des autres sinus de la face.

Les cellules ethmoïdales sont des cavités anfractueuses creusées dans l'épaisseur des masses latérales de l'ethmoïde et s'ouvrant dans le méat moyen et supérieur des fosses nasales.

Le labyrinthe est en rapport en dedans avec la cavité nasale dont il forme la paroi externe, en dehors avec l'orbite, en bas avec le maxillaire supérieur, en avant avec l'apophyse orbitaire du palatin, en arrière avec le corps du sphénoïde. Ces divers os séparent donc les cellules ethmoïdales des deux sinus sphénoïdal et maxillaire.

Les cellules ethmoïdales sont situées au-dessus du sinus maxillaire, en dessous du sinus frontal, en avant du sinus sphénoïdal. De minces cloisons osseuses séparent ces différentes cavités pneumatiques, de sorte qu'il n'est pas rare de voir des communications s'établir entre elles et on explique facilement la propagation de l'infection de l'un à l'autre

sinus : du sinus frontal au sinus ethmoïdal antérieur, des cellules ethmoïdales postérieures au sinus sphénoïdal, ce sont les polysinusites.

L'anatomie montre que les parois osseuses qui séparent les cavités sinusiennes de l'orbite sont extrêmement minces et présentent souvent des solutions de continuité ; déjà Hyrtl (1869) avait noté la déhiscence de la lame papyracée de l'ethmoïde permettant la communication des cellules ethmoïdales avec la cavité orbitaire.

On considère ordinairement deux sortes de cellules ethmoïdales ; les cellules antérieures qui s'ouvrent dans le méat moyen, les cellules postérieures qui s'ouvrent dans le méat supérieur.

Les cellules ethmoïdales antérieures et postérieures sont séparées de l'orbite par l'os planum de l'ethmoïde en arrière et par l'os lacrymal en avant qui forment la plus grande partie de la paroi interne de l'orbite.

Le rapport avec la cavité cranienne est d'autant plus étendu que les sinus frontal et ethmoïdal sont moins grands, ce qui explique : méningites, abcès du cerveau, abcès sous-duréméniens, phlébites heureusement rares (Dreyfus, 1896).

EXPLORATION ET VOIES D'ACCÈS

L'exploration est difficile sur le vivant. Le méat moyen est seul explorable à la rhinoscopie antérieure après résection de la tête du cornet moyen. L'explo-

ration se fait à la vue et au stylet. Dans les conditions normales les cellules ethmoïdales postérieures ne sont pas explorables.

Les voies d'accès qui permettent au chirurgien d'intervenir sont au nombre de quatre :

1° La voie orbitaire (Knapp) ;

2° La voie endonasale (Grunwald) ;

3° La voie transmaxillaire (Laurent) ;

4° La voie faciale après section temporaire ou résection définitive des os propres du nez (Moure, Picqué, Toubert).

FRÉQUENCE

Les complications oculo-orbitaires sont-elles fréquentes ? Certains auteurs (Harke, Frœnkel, Martin) ont montré l'énorme fréquence des altérations sinusiennes sur le cadavre, bien peu avaient été reconnues sur le vivant et leurs manifestations avaient été mises sur le compte de rhumes de cerveau.

Maintenant grâce au perfectionnement des explorations sinusiennes le diagnostic est plus facile ; il est pourtant difficile d'établir une statistique exacte, car :

1° C'est a l'occasion d'une tuméfaction péri-orbitaire, de douleurs et de trouble de la vue que les malades viennent nous consulter. Quand nous cherchons la cause des lésions, il faut toujours diriger l'attention du côté des sinus pour éviter des erreurs

de diagnostic si préjudiciables ; que d'ostéo-périostites, d'irido-choroïdites et même de névrites sont traitées comme syphilis ou tuberculose alors qu'en réalité elles étaient sous la dépendance d'empyèmes sinusiens ;

2° Beaucoup de ces sinusites durent des années, les malades sont perdus pendant de longs mois et passent alternativement du rhinologiste à l'oculiste ;

3° La proportion des cas observés par rapport aux autres maladies est sujette à varier suivant les ophtalmologistes et les milieux dans lesquels on recrute les malades.

Pour fixer les idées toutefois nous rappellerons ici la statistique de German.

68 cas d'affections orbitaires :

18 reconnus d'origine sinusienne.

7 empyèmes maxillaires ;

1 empyème ethmo-maxillaire ;

5 empyèmes ethmoïdaux ;

1 cas de carie de l'ethmoïde et sinus sphénoïdal ;

1 cas de sinusite fronto-ethmoïdale ;

1 cas de polysinusite.

PATHOGÉNIE

Comme l'a si bien montré mon maître de Lapersonne au Congrès de 1902, l'infection est l'origine de toutes les complications oculo-orbitaires.

L'origine infectieuse et microbienne de toutes les sinusites est soit une rhinite aiguë ou chronique, qui permet la propagation de l'inflammation à la muqueuse des sinus, soit une infection surajoutée grippale, érysipèle, scarlatine ou même tuberculose.

L'examen bactériologique (Sabrazès et Rivière, *Man. des mal. des f. nasales*) a montré que l'on rencontre la plupart des microbes qui jouent un rôle dans l'infection des voies respiratoires (pneumo, staphylo, strepto-bacille de la diphtérie, de l'influenza).

MODE DE PROPAGATION

Le plus ordinairement par la voie osseuse. L'inflammation de la muqueuse sinusienne se propage à l'orbite à travers les canaux de Havers et envahit le périoste orbitaire ou bien il se fait de véritables thromboses septiques intra-osseuses ou bien l'infection se fait directement lorsqu'il existe une véritable déhiscence de la paroi osseuse.

Le transport des germes infectieux peut se faire aussi par la voie veineuse : par les anastomoses entre les veines qui reçoivent le sang de la muqueuse, des sinus et le plexus veineux de l'orbite. D'après Tagenstecker le transport de l'infection se ferait par la voie lymphatique.

Quel que soit le genre de propagation l'origine infectieuse ne peut être contestée dans les différentes lésions suppuratives de l'orbite. Dans les complica-

tions non suppuratives l'interprétatiou est plus difficile. Après l'hypothèse de congestion veineuse passive et de l'action réflexe est venu le rapport de Panas, qui a rappelé l'importance des toxines microbiennes qui peuvent produire les troubles les plus variés : mydriase, asthénopie, ambliopie. En réalité, comme le dit mon maître de Lapersonne dans son rapport (1902) le plus souvent l'infection se transmet facilement d'un sinus à l'autre à cause des communications faciles qu'il y a entre les différentes cavités de la face.

DIVISION DES COMPLICATIONS OCULO-ORBITAIRES

1° Abcès et collections liquides enkystées de l'orbite ;

2° Lésions des annexes de l'œil (voies lacrymales, conjonctives, muscles extrinsèques).

3° Altérations du globe oculaire.

I. — Abcès et collections liquides de l'orbite

a) *Abcès orbitaires.* — Ils se rencontrent dans certaines formes relativement rares d'empyèmes ethmoïdaux. C'est an cours d'une rougeole, d'un érysipèle, d'une grippe que l'on voit survenir brusquement les signes d'un phlegmon de l'orbite avec localisation dans la partie supéro-interne. L'état général

est grave pouvant même simuler les débuts de méningite (Panas, Luc ; de Lapersonne, Bourgeois). L'incision ne ramène pas toujours de pus et il faut perforer le paroi intérieure du sinus pour donner issu à la collection purulente.

Dans l'empyème chronique, l'abcès est fréquemment suivi d'une fistule. L'exophtalmie se produit lentement, à cela s'ajoute un œdème progressif des paupières ; l'abcès se forme, s'ouvre à l'extérieur et donne lieu à une fistule persistante. C'est à la partie interne, tantôt au-dessus ou au-dessous du ligament palpébral interne que se produit l'orifice fistuleux. Le sac lacrymal est d'ordinaire respecté, pourtant si l'ouverture se fait dans le sac lacrymal le diagnostic différentiel avec la dacryocystite suppurée est impossible (Muller, *Bulletin médical*, 28 novembre 1894). Enfin l'abcès peut s'ouvrir à la paupière inférieure comme dans l'observation de Truc (Soubeyran, thèse de Montpellier).

Les abcès avec ostéite nécrosante des parois de l'orbite peut amener une méningite suppurée.

b) *Mucocèle*. — C'est une tumeur enkistée se développant lentement contenant un liquide visqueux, épais, rose ou brunâtre avec des cristaux de cholestérine mais aussi du pus. Assez fréquemment le mucocèle produit des troubles fonctionnels en raison de l'exophtalmie et de la déviation du globe. L'œil est généralement repoussé en bas et en dehors, exceptionnellement en bas et en dedans. La tumeur est ordinairement molle et fluctuante, mais elle peut

être recouverte par une lamelle osseuse assez résistante pour faire penser à une exostose (Théodore de Bavière, Kuhnt). Dans diverses communications, Rollet a soutenu que l'hyperostose naso-orbitaire est un excellent signe de mucocèle ou d'empyème chronique du sinus.

Observation de Lariboisière n° 32976

(*Mucocèle ethmoïdal œil droit*)

Entrée le 12 juin 1909. Antécédents héréditaires : rien. Antécédents personnels : scarlatine au régiment. Depuis trois ou quatre ans rhumes fréquents. En mai 1908 garde le lit pendant vingt-deux jours pour douleurs rhumatismales. Il y a un an coup de canne violent sur le dos du nez, il reste une cicatrice linéaire très visible.

Histoire de la maladie. Vers la fin février 1909 s'aperçoit que l'œil droit est rouge ; pas de douleurs. Au bout de quelques jours la rougeur disparaît, en même temps on constate au niveau de l'angle interne une petite tuméfaction qui grossit, légèrement douloureuse mais n'empêchant pas le sommeil. Le 12 juin 1909, au-dessus de l'angle interne de l'œil droit il existe une tumeur régulièrement arrondie de volume d'une bille recouverte par la peau mobile légèrement rouge. Du côté externe cette tumeur se prolonge à l'orbite assez profondément en haut et en dedans et paraît faire corps avec le rebord orbitaire et la paroi osseuse des fosses nasales. En bas elle est de consistance dure et cartilagineuse et un peu douloureuse à la pression. Ailleurs elle est molle et fluctuante, elle est douée

d'une certaine mobilité lorsqu'on la saisit entre deux doigts. Les paupières sont un peu plus colorées qu'à gauche. Un peu de larmoiement. Le globe est normal et en bonne place. La mobilité conservée est absolument indolore, pourtant légère limitation des mouvements d'adduction. Pupilles normales, réactions pupillaires normales, fond d'œil normal, acuité normale. Pas de diplopie. Le 19 juin incision en arc au niveau de la tête du sourcil et de la base du nez par le Dr Morax. Décollement du périoste, amenant rapidement, sur la paroi de la mucocèle, incision, curettage, écoulement de muco-pus grisâtre. Drainage nasal et cutané. Le 20 juin le malade a craché une assez grande quantité de sang. Aucune sensibilité, bon aspect de la plaie. Le 22 juin le malade ne crache plus de sang, pas de réaction inflammatoire. Ablation du drain frontal, injection dans le drain nasal de cyanure au six millième, pas de température. Le 29 sortie.

II. — Lésions des annexes de l'œil

Certaines dacryocystites consécutives à des rhinites hypertrophiques coïncident fréquemment avec un empyème sinusien. Plus tard l'infection se propage directement au canal nasal, au sac lacrymal, enfin à la conjonctive.

Quant aux complications nerveuses nous rappellerons que Wallis (*Archives d'oto-rhino-laryngologie*, 1912), a constaté 23 cas d'éthmoïdites avec champ visuel anormal. Dans le groupe antérieur le rétrécis-

sement serait périphérique et non central (employer le blanc et le vert pour faire l'examen).

Onodi (*Journal d'oto-rhino*, janvier 1912), a signalé l'existence d'un scotome central consécutif à une sinusite ethmoïdale et sphénoïdale.

Au cours des complications des ethmoïdites on rencontre aussi de la diplopie et des névrites.

Observation de Lariboisière. N° 51.049

R... Lucien, neuf ans, entre dans le service du Dr Auclaire le 8 mars 1902, pour une rougeole, évolution bénigne.

Le 21 mars, poussée fébrile, 39,8, gonflement et rougeur des paupières à droite ; on craint l'érysipèle. Transfert à Aubervilliers, service du Dr Papillon. L'œdème et la rougeur diminuent, mais on constate une exophtalmie droite très marquée. On transporte le malade dans notre service le 26 mars.

A droite, chute légère de la paupière supérieure qui recouvre la moitié supérieure de la papille. Léger œdème surtout au voisinage de la commissure interne. Exophtalmie manifeste. Limitation de convergence de l'œil droit et de l'élévation du globe. A cette limitation s'ajoute une diplopie croisée gênante. Pupilles égales, réflexes normaux, acuité 1, fond d'œil normal, pas de troubles des voies lacrymales. Examen rhinologique (Sébilleau) donne les renseignements suivants : Grosse bulle éthmoïdale droite avec suppuration des cellules ethmoïdales postérieures. A l'éclairage le sinus frontal est transparent, le sinus maxillaire opaque. Le 31 mars, l'exophtalmie et la rougeur ont disparu, aucune

sensibilité, mais encore un peu de divergence de l'œil droit. Le 1er avril, la diplopie a disparu ; le 2 avril, l'exophtalmie a diminué considérablement, aucune limitation des mouvements. Pendant son traitement dans le service pas de température.

Sortie le 4 avril.

Observation de Lariboisière

Ethmoïdite suppurée avec paralysie de la troisième paire

Mme X..., soixante-cinq ans, sans antécédents rhino-sinusiens particuliers, présente brusquement des douleurs céphaliques avec tuméfaction oculo-palpébrale droite. Température 40 degrés, état général grave, fait porter successivement le diagnostic de congestion cérébrale et érysipèle.

L'affection sinusienne est soupçonnée par un confrère appelé en consultation. Diagnostic confirmé par une évacuation purulente par une narine, qui survient cinq à six jours après le début accompagnée d'une amélioration très marquée de l'état général et de la diminution progressive de l'exophtalmie. Six semaines après le début de la diplopie qui était manifeste dès les premiers jours persiste encore, le globe droit ne présente plus d'exophtalmie mais se trouve dévié en dehors.

La diplopie offre le type des diplopies croisées avec maximum d'écartement à gauche et en face. Pas de modifications ophtalmoscopiques, œil gauche normal. Il s'écoule encore une sécrétion dans le rétro-pharynx. L'éclairage des sinus montre une légère opacité des sinus frontaux et maxillaire droit.

Citons encore : 1° le cas de Greenfield-Gluber, de St-Louis (*Laryngoscope*, nov. 1907). C'est une amblyopie consécutive à un empyème aigu de l'éthmoïde postérieur dû à la pression du nerf optique droit et à l'action des toxines microbiennes sur le nerf optique gauche.

2° Un cas de nécrose syphilitique des cellules éthmoïdales et du corps du sphénoïde avec névrite optique rétro-bulbaire et paralysie du muscle droit externe. Leptoméningite dans l'hémisphère (Murphy, *Laryngoscope*, novembre 1907).

3° Une résection complète de l'éthmoïde pour une tumeur maligne des fosses nasales avec compression des nerfs optiques.

Guérison avec retour de la vue. Chaput (*Bulletin*, 1909).

Malade de quarante ans. Il y a quatre ans coryza rebelle, végétations dans fosses nasales extirpées par Baratou, 1906.

En janvier 1908, Morax constate œdème double des deux papilles, cécité complète O. G.

Exophtalmie double, nez déformé. Mars 1909, évidemment des fausses nasales, des sinus maxillaires frontaux sphénoïdaux.

Ethmoïde réséqué.

Au bout de dix jours attaque épileptiforme avec délire ; transfert à Saint-Anne.

Ces accidents se calment.

En mai l'exophtalmie et la névrite ont disparu. La vision est redevenue satisfaisante.

Pas de trace de récidive.

En novembre 1909, état aussi satisfaisant.

III. — Altération du globe

La cornée et l'iris peuvent être lésées. La choroïde exceptionnellement. Brœkdert (*Revue laryngo.*, 5 janvier 1901) a rapporté le cas d'une choroïdite infectieuse se terminant par un décollement de la rétine, à la suite d'une sinusite éthmoïdo-frontale.

Une femme de soixante-deux ans, atteinte d'une ancienne sinusite, présente un décollement de la rétine ne pouvant être expliqué par un traumatisme, ni par la myopie, ni par un néoplasme. La cure radicale par la méthode de Luc améliore la vision, mais le décollement persiste.

La simple hyperhémie papillaire a été notée par quelques auteurs. En l'absence de toutes lésions appréciables par nos moyens d'investigation des membranes et des milieux de l'œil, on a noté l'asthénopie accommodative (Grunwald et Caldwel) dans l'empyème ethmoïdal.

PRONOSTIC

En général peu grave. Si on incise l'abcès orbitaire avec ou sans curettage, on constate que l'orifice antérieur se guérit assez facilement, qu'il se produit rarement des fistules. Dans l'appréciation du diagnostic il faut naturellement tenir compte de l'état dans lequel se trouvent les cellules ethmoï-

dales : leurs muqueuses et leurs parois pouvant présenter des lésions. D'après les rhinologistes et en particulier Lermoyer, la sinusite ethmoïdale peut persister indéfiniment sans présenter beaucoup de gravité. Il faut tout de même faire des réserves sur l'avenir alors même que les manifestations oculo-orbitaires paraissent définitivement guéries.

TRAITEMENT

Le traitement des complications oculo-orbitaires des ethmoïdites doit être à la fois endo-nasal et oculo-orbitaire. Parlons d'abord du traitement nasal : il faut réséquer la tête du cornet, enlever les polypes du méat moyen et agrandir le plus possible les orifices de communication des cellules ethmoïdales avec les fosses nasales. Si la lésion est rebelle, avec un bon éclairage, des pinces coupantes, des curettes on broie les lamelles ethmoïdales et l'on curette les cellules malades. La partie antérieure est difficile à curetter parce que l'ethmoïde antérieur est caché par les os propres du nez. Ce traitement chirurgical sera complété par l'antisepsie des voies nasales au moyen de lavages et de pommades.

J'insiste particulièrement sur l'irrigaiion nasale condamnée par la majorité des spécialistes. Beaucoup de médecins en effet défendent les lavages aux malades en disant qu'ils provoquent des maux de tête, des otites. C'est vrai si les lavages ne sont pas

faits comme ils doivent être faits ; ce n'est pas exact si le rhinologiste prend le temps de donner à chaque malade quelques recommandations indispensables qui, lorsqu'elles sont bien suivies, permettent d'éviter toutes complications. En supprimant le lavage de la thérapeutique nasale on retarde certainement beaucoup la guérison de la plupart des affections nasales et oculaires. Disons brièvement comment doivent être exécutés ces lavages.

Mettre de l'eau tiède bouillie contenant une cuillerée à café de chlorure de sodium dans un bock à injection. On accroche le bock de façon que le niveau de l'eau soit à 30 centimètres au-dessus de la tête, on adapte une canule à nez au caoutchouc du bock. Le malade a la tête droite et on met la canule horizontalement dans chaque narine, l'eau passe d'un côté dans l'autre.

Pour le traitement chirurgical par voie orbitaire, l'incision de choix doit suivre le rebord orbitaire interne et supérieur mais sans aller aussi loin que pour le sinus frontal. Le périoste sera ruginé sur la face interne de l'orbite, et on est souvent amené à désinsérer la poulie du grand oblique et même à refouler en dehors le sac lacrymal. Le champ opératoire est limité en haut par les artères ethmoïdales au-dessus desquelles on pénétrerait dans le crâne (Laurence, Congrès de Paris, 1900). En se dirigeant avec le stylet on perfore l'os, on agrandit l'orifice à la gouge et on nettoie à la curette toutes les parties suspectes du labyrinthe ethmoïdal. On cautérise ensuite la cavité avec du chlorure de zinc. Luc conseille de

suturer tout de suite la plaie faciale. Mon maître de Lapersonne au contraire maintient quelques jours une mèche dans la plaie, ce qui d'après lui ne retarde pas la guérison et évite toute rétraction cicatricielle disgracieuse. Si les autres sinus sont pris, et c'est le cas le plus fréquent, on fera l'opération de pansinusite avec cure totale de tous les sinus malades.

M. le professeur de Lapersonne a observé récemment deux cas intéressants au point de vue de l'intervention. Le premier cas en clientèle :

Fils d'un médecin, quinze ans, au cours de la grippe il fait des manifestations sinusiennes du côté du sinus maxillaire seul. Evolution batarde pendant huit jours, puis exophtalmie et température montant rapidement à 40. Aspect méningitique. Le malade est vu à 6 heures avec le professeur Sébilleau ; admis d'urgence à Lariboisière, opéré à 9 heures du soir en avril 1918 : opération de pansinusite, cure totale des sinus maxillaire, frontal et ethmoïdal. Amélioration des symptômes méningitiques. La température baisse. Nécessité de transport dans la cave pendant le bombardement. Vingt-quatre heures après la température monte. Mort de méningite, pus à méningocoques.

Deuxième cas. — Fils de médecin également, il fait aussi une grippe. Le médecin vient dire que son fils a une légère exophtalmie, une petite température et un état d'hébétude et de somnolence. La vue n'est pas troublée de ce côté ; j'engage le médecin à venir d'urgence avec le malade. Dans la même matinée transfert à l'Hôtel-Dieu, puis à Lariboisière, où on l'opère. Disparition complète de l'exophtalmie et de

tous les symptômes. Vision conservée ; une dépression persiste au niveau du sinus frontal.

De ces deux observations on peut tirer une notion importante au point de vue de l'intervention dans ces complications graves des sinusites. A savoir :

Qu'il faut intervenir d'urgence dans ces cas.

C'est comme le dit mon maître de Lapersonne une question de vie ou de mort pour le malade.

CONCLUSIONS

1° Nous ne pouvons pas dans ce court exposé, épuiser une question envisagée déjà par maints auteurs sous différents aspects et qui est loin d'être au point, mais nous voudrions nous efforcer d'attirer l'attention sur les affections oculo-orbitaires des ethmoïdites.

2° Il est important de savoir que toute complication oculo-orbitaire d'une sinusite a toujours un pronostic sérieux, qu'elle peut être le point de départ de lésions entraînant la perte de la vision ; que par l'orbite l'infection peut se propager à l'encéphale et entraîner des méningo-encéphalites.

3° Il est de toute nécessité de faire un examen des fosses nasales à tout consultant pour maladie des yeux. En particulier lorsqu'on se trouvera en présence d'un diagnostic difficile orientant vers une ethmoïdite, l'examen rhinoscopique pourra être d'un grand secours.

4° Si la présence d'une lésion nasale est constatée, un traitement fait en même temps que celui de l'oculiste et s'attaquant à la cause, aura vite raison de

ces complications oculaires trop souvent combattues par une thérapeutique symptomatique.

5° Il va sans dire que le praticien exercé surveillera l'état général du malade.

Le Président de la thèse,
DELAPERSONNE

Le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBIOGRAPHIE

De Lapersonne. — Société d'oph., 1902.
Sabrazès et Rivière. — Manuel. des mal. des fosses nasales.
Muller. — Bulletin médical, 28 nov. 1894.
Soubeyran (Thèse de Montpellier).
Hôpital Lariboisière obs. n° 32976.
Wallis. — Archives d'otorhino, 1912.
Onodi (Journal d'otorhino, 1912).
Hôpital Lariboisière,obs. n° 51049.
Greenfield et Gluber. — (Laryngo, 1907).
Murphy. — Laryngo, nov. 1907.
Brœkdert. — Revue de laryngo, 5 janv. 1901.
Laurence. — Congrès de Paris 1900.